令和　　年　　月　　日

枚方市長

枚方市新型コロナワクチン訪問接種申請書兼同意書

下記の理由により、訪問での新型コロナワクチン接種を申請します。

なお、申請内容の確認のため、市が保有する被接種者の住所等の個人情報を閲覧すること、必要に応じて

疾患内容を医療機関等に問い合わせることに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | ふりがな | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 生　年　月　日 |
| 氏　　名 |  | 大正昭和　　　年　　月　　日（　　歳）平成西暦 |
| 住民票に記載されている住所 | 〒573-　　　　枚方市 |
| 接種希望住所 | □住民票と同じ | 市内別住所 | 〒573-　　　　枚方市 |
| 電話番号（日程調整及び当日連絡、接種後のフォローアップ連絡できる番号） | （　　　　　）　　　　　 | ※被接種者以外の場合氏名（　　　　　　　　　　）続柄（　　　） |  |
|  |
| 接種券番号 |  |  |
| ワクチン接種に関して主治医の許可を得ている（該当する方を〇で囲んでください） | は　い　　　・　　　いいえ |
| 主治医名等 | 医師氏名 |  |
| 医療機関名 |  |
| 医療機関所在地 |  |
| 接種困難な状況等の詳細 | ＜接種困難な状況について＞該当する項目のチェックボックスに☑をつけてください。□寝たきり状態等で自宅療養しており、介助を受けても外出・通院が困難である。□通院できないため、定期的な訪問診療を受けているが、その主治医による接種ができないため、接種を受けられていない。＜疾患名や身体状態について＞ |

上記の申請内容で相違ありません。

署名

代筆者氏名・続柄

連絡先（上記の連絡先と異なる場合）

※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載する。

 　　　　　　　　　　※事業所が代筆する場合は、事業所名と担当者名を記載する。

※被接種者が16歳未満場合は保護者が自署、成年被後見人の場合は本人または成年後見人が自署する。

【添付書類】

・内服薬がわかるもの（例：お薬手帳の写し）　・健康保険証の写し